

# 契約書別紙（兼重要事項説明書）

（小浜市介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスA）

<令和3年11月現在>

## 1. 事業者（法人）の概要

事業者名	医療法人 三愛会
事業所所在地	〒917-0026 福井県小浜市多田 2-2-1
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 中山 真里子
電話番号	0770-56-5588

## 2. 事業所の概要

事業所名	ふらむはあとヘルパーステーション
サービスの種類	小浜市介護予防・日常生活支援総合における訪問型サービスA
所在地	〒917-0241 福井県小浜市遠敷 7 丁目 301
連絡先	TEL 0770-56-1011 FAX 0770-56-1051
事業所指定番号	1860490034
管理者の氏名	梅原 邦之

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るとともに、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</li> <li>・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、小浜市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。</li> <li>・訪問型サービスAの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。</li> <li>・上記のほか、小浜市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。</li> </ul>

### 4. 提供するサービスの内容

訪問型サービスAの内容は、次のとおりとします。

身体介護を含まない生活援助	<p>身体介護を含まない生活援助を行います。</p> <p>例) 掃除、洗濯、調理、買い物等</p>
---------------	--

#### (1) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

#### (2) 個別サービス計画の作成及び評価等

担当のサービス提供責任者が、個別サービス計画に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、個別サービス計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

### 5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	小浜市
------------	-----

## 6. 営業日・営業時間等

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、GW、8月15日及び12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供日	月曜日～金曜日
サービス提供時間	8時30分～17時30分 ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、対応可能な体制を整えるものとします。

## 7. 事業所の職員体制

職種	人員数	職務内容
管理者	1名 (常勤・兼務1名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>①従業者及び業務の管理を、一元的に行います。</li> <li>②従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</li> </ul>
サービス提供責任者	2名 (常勤・兼務2名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>①指定訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。</li> <li>②訪問介護計画の作成並びに利用者等への説明を行い同意を得ます。利用者へ訪問介護計画を交付します。</li> <li>③指定訪問介護の実施状況の把握及び訪問介護計画の変更を行います。</li> <li>④訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。</li> <li>⑤利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。</li> <li>⑥サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。</li> <li>⑦訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。</li> <li>⑧訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。</li> <li>⑨訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。</li> <li>⑩訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。</li> <li>⑪その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。</li> </ul>
訪問介護員	7名 (常勤・専従3名 常勤・兼務3名 非常勤・専従1名)	<ul style="list-style-type: none"> <li>①訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。</li> <li>②サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを提供します。</li> <li>③サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。</li> <li>④サービス提供責任者から利用者の状況についての情報伝達を受けます。</li> </ul>

## 8. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	柿本 ちゆり ・ 岩井 高子
--------------	----------------

## 9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 訪問型サービスAの利用料

#### 【基本部分】

サービスの内容（1月あたり）		利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 ※(注2)参照		
			1割負担	2割負担	3割負担
週1回程度の利用が必要とされた場合 (※月5回上限)	要支援1・2 事業対象者	1回 45分程度	1回	1回	1回
週2回程度の利用が必要とされた場合 (※月9回上限)	要支援1・2 事業対象者	1,520円	152円	304円	456円

(注1) 上記の基本利用料は、小浜市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】 なし

(2) 交通費 : 無料

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

(4) キャンセル料 : 不要

## (5) 利用料等のお支払方法

サービスを利用した月の翌月中旬に請求明細を発行し、同月27日（振替日が土日祝日の場合は翌日）に口座振替を致します。

## 10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 梅原 邦之 受付時間 8:30~17:30 連絡先 電話 0770-56-1011 FAX 0770-56-1051 面接（当事業所 相談室） 苦情箱 受付に設置
小浜市介護保険担当課	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0770-53-1111
福井県国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0776-57-1611
福井県運営適正化委員会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0776-24-2347

## 11. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、小浜市包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

## 12. 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、個別サービス計画を作成した小浜市包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

## 13. 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しません。但し、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合がありますので、ご了承ください。

#### 14. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 梅原 邦之
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

#### 15. 記録の整備

事業所は、指定居宅介護支援に関する諸記録を整備し、その記録を居宅サービス計画の完了の日から5年間保存します。

#### 16. サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

#### ■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 令和 年 月 日

事業者名 医療法人三愛会  
事業所名 ふらむはあとヘルパーステーション  
事業所番号 1860490034  
事業所所在地 福井県小浜市遠敷7丁目301  
代表者名 ふらむはあとヘルパーステーション  
管理者 梅原 邦之 ㊞

説明者名 職名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日： 令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(署名・法定)代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_